

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1889

THÈSE

N°

353

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 24 juillet 1889, à 1 heure*

Par M. ROUGIER

Né à Pian-sur-Garonne (Gironde) le 8 septembre 1862

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYSTÉRO-TRAUMATISME

*Président de la Thèse : M. le professeur, DAMASCHINO.*

*Jury : MM. | STRAUS, professeur.  
| BUDIN, agrégé.  
| DEJERINE, agrégé.*

PARIS

IMPRIMERIE DES ÉCOLES

HENRI JOUVE

23, Rue Racine, 23

1889

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen ..... M. BROUARDEL.

Professeurs : MM.

|                                                                               |               |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Anatomie.....                                                                 | FARABEUF.     |
| Physiologie.....                                                              | CH. RICHEL.   |
| Physique médicale.....                                                        | GARIEL.       |
| Chimie organique et chimie minérale.....                                      | GAUTIER.      |
| Histoire naturelle médicale.....                                              | BAILLON.      |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                                    | BOUCHARD.     |
| Pathologie médicale.....                                                      | DIEULAFOY.    |
|                                                                               | DAMASCHINO    |
| Pathologie chirurgicale.....                                                  | GUYON.        |
|                                                                               | LANNELONGUE   |
| Anatomie pathologique.....                                                    | CORNIL.       |
| Histologie.....                                                               | MATHIAS DUVAL |
| Opérations et appareils.....                                                  | DUPLAY.       |
| Pharmacologie.....                                                            | REGNAULD.     |
| Thérapeutique et matière médicale.....                                        | HAYEM.        |
| Hygiène.....                                                                  | PROUST.       |
| Médecine légale.....                                                          | BROUARDEL.    |
| Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés..... | PINARD.       |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                               | LABOULBÈNE    |
| Pathologie expérimentale et comparée.....                                     | STRAUS.       |
|                                                                               | SEE (G.)      |
| Clinique médicale.....                                                        | POTAIN.       |
|                                                                               | JACCOUD.      |
|                                                                               | PETER.        |
| Maladies des enfants.....                                                     | GRANCHER.     |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....            | BALL.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....                          | FOURNIER.     |
| Clinique des maladies du système nerveux.....                                 | CHARCOT.      |
|                                                                               | RICHEL.       |
| Clinique chirurgicale.....                                                    | VERNEUIL.     |
|                                                                               | TRELAT.       |
|                                                                               | LE FORT.      |
| Clinique ophthalmologique.....                                                | PANAS.        |
| Clinique d'accouchement.....                                                  | TARNIER       |

Professeurs honoraires : GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

## Agrégés en exercice

| MM.        | MM.        | MM.                 | MM.                  |
|------------|------------|---------------------|----------------------|
| BALLET.    | HANOT.     | POIRIER, chef des   | Ribemont-Dessaignes. |
| BLANCHARD. | HANRIOT.   | travaux anatomiques | A. ROBIN.            |
| BOUILLY.   | HUTINEL.   | POUCHET.            | SCHWARTZ.            |
| BRISSAUD.  | JALAGUIER. | QUENU.              | SEGOND.              |
| BRUN.      | JOFFROY.   | QUINQUAUD.          | TROISIER.            |
| BUDIN.     | KIRMISSON. | RAYMOND.            | VILLEJEAN.           |
| CAMPENON.  | LANDOUZY.  | RECLUS.             |                      |
| CHAUFFARD. | MAYGRIER.  | REMY.               |                      |
| DEJERINE.  | PEYROT.    | REYNIER.            |                      |

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

## INTRODUCTION

Durant ces dernières années les manifestations locales de l'hystérie survenant à la suite de traumatisme ont été l'objet de nombreux travaux. Nous croyons apporter à cette étude une contribution qui ne sera pas inutile en publiant et commentant quelques observations, intéressantes à un double point de vue. D'abord elles ont été relevées chez des enfants alors que ces manifestations, on le sait, sont surtout fréquentes chez l'adulte; en second lieu elles diffèrent par quelques particularités dignes d'attention, du type généralement connu.

Nous divisons notre travail en deux parties.

La première sera consacré à la description d'un des principaux accidents hystéro-traumatiques — la contraction — sans négliger cependant les manifestations arthralgiques, qui viennent quelquefois la compliquer.

La seconde partie comprendra l'exposé des observations qu'il nous a été donné de recueillir et alors nous exposerons ce que ces observations peuvent avoir d'original.

Qu'il nous soit permis en terminant d'adresser à M. le professeur Lannelongue pour les excellents conseils dont nous lui sommes redevable et la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner, l'hommage de notre respectueuse gratitude.

## HISTORIQUE

Depuis très longtemps on trouve signalées des observations relatives à des réductions violentes de luxations, à des traumatismes, à la suite desquels on avait observé des troubles du mouvement presque toujours accompagnés de troubles sensitifs ; mais ces faits n'étaient pas expliqués. Brodie, l'illustre chirurgien anglais à qui nous devons une si belle description de la coxalgie hystérique est le premier (1837) qui ait vu la relation étroite qui unissait ces accidents au traumatisme.

Plus tard, Abercrombie et surtout Russel Reynolds, (1869), signalent des paralysies, des contractures, des perversions de la sensibilité et rattachent ces accidents à une éusation au même à une idée — accidents qui peuvent persister longtemps et simuler les maladies les plus graves de la moëlle et du cerveau.

Toutefois, surtout en ce qui concerne les troubles de la sensibilité, tels que hémianesthésie, anesthésies sensorielles, rétrécissement du champ visuel etc., l'accord sur la nature hystérique de ces troubles et sur le rôle qu'il fallait faire jouer au traumatisme dans leur production, était loin d'être complet.

Erichsen, en effet, en 1886, qui le premier s'est occupé des maladies nerveuses dues aux traumatismes

causés par les accidents de chemin de fer, rattache ces troubles nerveux à des lésions organiques du cerveau et de la moëlle. Il se fonde pour émettre cette affirmation sur une autopsie dans laquelle en effet on trouve des lésions destructives des centres nerveux.

Leudet, depuis le travail d'Erichsen a publié d'autres faits d'accidents hystéro-traumatiques sans les rapporter à leur véritable origine. Il les met sur le compte d'une congestion de la moëlle à la suite de chutes ou d'efforts.

On trouve également dans les comptes-rendus officiels publiés après les grandes guerres par les chefs de service de santé des cas de monoplégie du mouvement et de la sensibilité survenant chez les soldats à la suite de traumatismes parfois très légers.

En 1879, en Allemagne, Leyden revient de nouveau à l'opinion d'Erichsen et soutient que les troubles nerveux dus au traumatisme sont produits par des lésions matérielles.

En 1884, ce point de pathologie nerveuse qui avait été laissé dans l'oubli pendant une période relativement longue, vient à nouveau se présenter à l'attention à propos des accidents de chemin de fer et des conséquences que ceux-ci peuvent avoir soit au point de vue des troubles nerveux considérés en eux mêmes soit au point de vue de ces troubles envisagés au point de vue médico-légal. Walton, Putnam, en Amérique rapportent ces troubles à l'hystérie : Page, en Angleterre, rapporte au contraire ces troubles à la neurosthénie.

Pendant ce temps en Allemagne, toujours à propos des accidents de chemin de fer, un nouveau courant s'éta-

blissait, Oppenheim et Thomsen voulant faire une névrose spéciale des accidents qu'ils avaient rencontrés chez leurs malades.

Enfin en 1885, il était donné à M. le professeur Charcot dans ses leçons sur l'hystérie chez l'homme, sur les paralysies hystéro-traumatiques, de prouver pièces en mains que l'hystérie est souvent provoquée par le traumatisme et il en fournit des exemples indéniables et bien faits pour entraîner la conviction. Il démontra que la plupart des accidents nerveux tels qu'anesthésies sensitivo-sensorielles, attaques de nerfs, paralysies, contractures, etc. etc., que l'on rencontre chez les traumatisés ne sont en réalité que des accidents hystériques, identiques à tout point de vue à ceux bien connus et dès longtemps désignés sous ce nom qui se produisent sous l'influence de toute autre cause.

Depuis cette époque, beaucoup de médecins allemands vont venus se ranger à cette manière de voir.

Toutefois à côté de ces derniers, il en est d'autres qui n'ont pas encore accepté la théorie de l'hystéro-traumatisme. Il en est ainsi pour M. Thomsen et Strümpell en Allemagne (1888). Ce dernier distingue deux groupes dans les affections nerveuses consécutives au traumatisme : névroses traumatiques générales ; névroses traumatiques locales. Ces dernières seules, pour lui, rentreraient dans l'hystérie.

Enfin, M. Grasset de Montpellier, (1889), dans ses leçons sur l'hystéro-traumatisme veut faire de l'hystérie traumatique une hystérie spéciale. La question en est là.

Nous n'insisterons pas davantage sur cet historique de l'hystéro-traumatisme qui est fait avec détail dans les thèses de Berbez (1886), de Guinon (1888), etc.

---

## SYMPTOMES

Les accidents hystero-traumatiques peuvent se présenter, à leur début, sous des formes diverses. Parfois la contracture apparaît immédiatement ou quelques jours après l'action traumatique, le sujet étant encore en état de shock. Ce sont les cas à début rapide ; ils sont de beaucoup les plus nombreux et, ajoutons, les plus caractéristiques. A côté on en voit d'autres à début plus tardif dans lesquels la période d'incubation peut varier de quelques semaines à plusieurs mois.

Un point beaucoup plus important et sur lequel le professeur Charcot insiste à plusieurs reprises dans ses leçons est relatif à leur développement. Celui-ci est brusque et rapide, la contracture envahissant d'emblée et du premier coup toutes les parties qu'elle doit frapper. Mais parfois ce n'est qu'après une série d'ébauches plus ou moins imparfaites qu'elle parvient à se constituer, passant ainsi successivement de l'état naissant à l'état adulte.

Dans un très grand nombre de cas, l'apparition de la contracture est signalée, sur le point du corps qui a été le siège du traumatisme, par l'éclosion de phénomènes douloureux. La douleur est tantôt superficielle, et alors elle consiste en une hyperesthésie cutanée plus ou moins

exquise ; tantôt elle est plus profonde et paraît se localiser sur le trajet d'un tronc nerveux ; tantôt, enfin, elle paraît siéger plus spécialement dans une ou plusieurs articulations. Dans ce dernier cas, il est de règle, comme l'a démontré le premier Brodie, de voir à la douleur articulaire se joindre une hyperesthésie de toute la peau qui recouvre la région. Cette douleur peut s'exercer spontanément, mais c'est surtout sous l'influence de mouvements provoqués, de pressions, de frolements que l'on voit ce phénomène se produire et celui-ci peut être porté à un degré tel que la perte de connaissance s'en suive.

Tel est, dans ses grandes lignes, le tableau symptomatique de l'affection au début.

Étudions d'abord les déformations que la contracture imprime aux membres.

D'habitude une seule articulation est atteinte. Si c'est l'épaule, le bras est serré contre la poitrine, l'épaule et le coude ayant conservé quelques mouvements spontanés, bien que fort limités. Si c'est le coude, l'avant-bras est fléchi à angle obtus sur le bras et dans la supination ; au poignet on observe soit la flexion soit l'extension, les doigts étant fléchis dans la paume de la main et accolés les uns aux autres par une prédominance d'action des muscles interosseux.

De cet exposé il résulte que c'est le type flexion qui domine pour le membre supérieur.

Pour le membre inférieur c'est le contraire qui s'ob-

serve. Ainsi, prenons le pied. Celui-ci est en varus équin, c'est-à-dire en extension sur la jambe par prédominance d'action des muscles postérieurs, la pointe déjetée en dedans, l'astragale et la malléole externe faisant saillie en dehors. Au repos le pied semble sur le prolongement de la jambe ; dans la marche il repose sur son bord externe.

Au genou on voit également et le type flexion et le type extension.

Enfin, quant à la déformation de la hanche, dans les cas de contracture sans arthralgie, bien qu'excessivement rare, nous nous croyons autorisé, d'après une observation que nous devons à l'obligeance de M. le professeur Lannelongue, à dire que celle-ci peut consister en une flexion pure et simple de la cuisse sur le bassin avec raccourcissement du membre.

Nous venons de voir que la contracture se localise de préférence à un petit nombre d'articulations ; elle peut aussi envahir un membre tout entier et transformer celui-ci en une barre rigide. Cette tendance à la généralisation est un fait bien connu et qui, par son importance, mérite d'être bien mis en relief.

Un point maintenant que nous allons examiner, est relatif au degré de fixité de ces attitudes. Dans les cas légers on voit la contracture s'amender d'une façon notable pendant le sommeil, et disparaître même d'une façon complète.

Il n'en est pas de même pour les cas graves ; dans ceux-ci la raideur musculaire est permanente, la nuit comme le jour et par suite l'attitude du membre est immuable.

*Etude des mouvements :*

Déjà nous avons vu, en parlant de l'épaule, que les mouvements volontaires, quoique très limités et parfois presque nuls, sont encore possibles. Cette proposition peut s'étendre à toutes les articulations. On peut donc dire que si, d'une manière générale, les muscles atteints de contracture ont perdu leur action, toutefois cette impuissance n'est jamais absolue, au sens vrai, physiologique du mot, et que la limitation de la contraction, c'est-à-dire de l'action du muscle, est en rapport direct avec le degré de la contracture.

Etudions de plus près maintenant l'état même du muscle. Si on imprime des mouvements à une articulation atteinte de contracture, détruisant d'une façon quelconque la position prise par le membre, on éprouve une résistance élastique analogue à celle d'un ressort. Cette résistance est égale quel que soit le sens dans lequel on effectue les tractions ; ce qui prouve que les deux groupes de muscles antagonistes, fléchisseurs et extenseurs, sont atteints. Par suite, c'est la prédominance d'action d'un de ces groupes sur l'autre qui commande le sens de la déformation.

De plus, les muscles contracturés sont augmentés de volume, leur consistance est accrue, ils sont plus durs, ils sont plus froids qu'à l'état normal, en raison des combustions chimiques moins intenses dont ils sont le siège. Mais ces symptômes appartiennent aussi bien à toutes les contractures. Il n'en est pas de même du signe suivant qui est fourni par leur exploration électrique. Leur

réaction est toujours normale quelle que soit l'époque à laquelle cette exploration se pratique.

*Troubles de la sensibilité :*

En même temps que les troubles du côté des muscles, on en constate d'autres qui ne sont pas moins remarquables du côté de la sensibilité.

Nous avons vu plus haut qu'au début de la contracture, la sensibilité était parfois exagérée. Cette hyperesthésie, dans le cours de la maladie, fait toujours place à une anesthésie complète. Cette anesthésie frappe à la fois tous les modes de la sensibilité normale y compris le sens musculaire, les parties superficielles et les parties profondes, os et articulations.

Mais ce qu'il y a de plus remarquable en elle, c'est son mode de délimitation. Celui-ci invariable pour chaque segment de membre est toujours formé par des lignes de forme géométrique, circulaires, courbes, rectilignes, analogues à des lignes d'amputation et qui n'ont aucun rapport avec la distribution des filets nerveux. Cette forme de délimitation de l'anesthésie ne se rencontre dans aucune autre affection.

*Troubles trophiques :*

On a observé également des troubles trophiques. Le membre est le siège d'une desquamation épidermique. Les ongles poussent mal ; enfin il existe une atrophie musculaire assez prononcée, atrophie parfois à marche très rapide ; M. Babinski en a cité plusieurs exemples.

---

## MARCHE ET PRONOSTIC

La marche de cette affection offre de notables différences selon les cas. Mais d'une manière générale on peut dire que les accidents durent longtemps, parfois des mois et même des années.

Quelquefois on assiste à leur transformation, une paralysie avec contracture se transformant en paralysie flasque, et inversement. D'ailleurs, contractures comme paralysies sont sujettes à des retours, même lorsque la guérison s'est effectuée depuis longtemps.

Souvent les manifestations hystéro-traumatiques cessent tout d'un coup ; dans le cas contraire, c'est le mouvement qui revient le premier ; la sensibilité ne revient qu'ensuite. Ce n'est donc que lorsque celle-ci est redevenue absolument normale qu'on peut affirmer la guérison ; encore faut il que les excitations ne produisent plus la contracture.

Mais parfois cette guérison, dans les cas de contractures très prolongées et peut-être sous l'influence d'une diathèse arthritique, est compromise par la production de brides fibreuses qui viennent se surajouter à la contracture.

Les différents symptômes qui indiquent la preuve de cette complication sont les suivants :

1° Les mouvements spontanés sont totalement impossibles lors de contracture ; on peut les exécuter dans des limites déterminées s'il y a rétraction fibreuse ;

2° Les mouvements communiqués sont également difficiles dans tous les sens dans le premier cas ; ils sont aisés dans certains sens dans le second ;

3° Au membre contracturé, lorsqu'on imprime ces mouvements, on éprouve une sorte de résistance élastique, sensation de ressort tendu ; au membre retractoré, on perçoit la sensation de ressaut qui montre qu'on a affaire à un obstacle invincible, mécanique et non physiologique :

4° Sur le membre retractoré, on constate la disparition de l'exagération des reflexes et de la trépidation spinale ;

5° Sur le membre contracturé la bande d'Esmarch, par son application suffisamment prolongée, produit une ischémie qui fait disparaître le spasme musculaire :

6° Mais le meilleur moyen est encore la narcose chloroformique poussée jusqu'à ses dernières limites, laquelle fera disparaître complètement la contracture spasmodique, tandis qu'elle restera sans action sur les déformations dues aux rétractions fibro-tendineuses.

Le pronostic de la maladie se ressentira évidemment un peu de cette dernière éventualité ; mais même dans ce cas, une bonne thérapeutique peut intervenir d'une façon utile.

---

## DIAGNOSTIC

Le diagnostic repose sur deux éléments bien distincts : d'une part, la nature spasmodique de la contracture ; d'autre part, l'existence de stigmates hystériques.

C'est par le premier élément que nous allons commencer.

1<sup>o</sup> Recherche de l'origine spasmodique de la contracture.

Comme moyens de contrôle et pour établir d'une façon absolument certaine la nature spasmodique de la contracture, il est d'usage d'employer trois méthodes d'investigations qui ont une importance absolument capitale. Ce sont : l'emploi du chloroforme, celui de la bande d'Esmarch, enfin la recherche des reflexes tendineux.

### *Recherche des reflexes tendineux*

Quand avec le rebord cubital de la main, ou mieux, avec le marteau de Skoda, on percute légèrement les tendons de la région contracturée, il est de règle de voir dans tout le segment de membre qui se trouve au-des-

sous un soulèvement brusque et exagéré se produire. L'examen de ce signe dont l'existence a une importance très grande, en ce sens qu'il est considéré comme un phénomène de même ordre et de même nature que la contracture, peut, lorsque la raideur est poussée à l'extrême, en être gêné ; lorsqu'elle est à l'état naissant, au contraire, la plus légère percussion suffit à la produire. Cette exagération réflexe, d'habitude, se confine à la région malade. Mais si le sujet est en opportunité de contracture, ce qui est le cas chez la plupart des hystériques, elle s'observe sur les autres parties du corps.

*Emploi de la bande d'Esmarch :*

L'application de la bande d'Esmarch fait cesser la contracture si celle-ci est spasmodique. Pour que ce résultat soit obtenu, il faut bien savoir que cette application doit être continuée assez longtemps, c'est-à-dire jusqu'à l'anémie du membre, car, dans le cas contraire, loin de faire cesser la raideur, elle ne fait que l'exaspérer, agissant alors à la façon de n'importe quel excitant mécanique. Mais pour éviter un écueil, il faut bien se garder de tomber dans un pire, car si l'application était par trop prolongée, on verrait apparaître une seconde contracture dont la nature serait bien différente de la première, et qui serait une ébauche de raideur cadavérique survenant chez le vivant.

*Emploi du chloroforme ;*

Enfin ce procédé leverait tous les doutes dans le cas où il en resterait encore. L'anesthésie chloroformique, poussée jusqu'à ses dernières limites, fait cesser complètement toutes les contractures, qu'elles soient douloureuses ou non, à moins toutefois qu'elles ne se compliquent de rétractions fibreuses.

A la suite de ces procédés, nous pourrions également faire figurer les résultats fournis par l'étude des mouvements provoqués ; nous pourrions parler de la résistance élastique qu'on éprouve dans ces cas, mais c'est un sujet que nous avons traité dans le chapitre précédent ; aussi n'y reviendrons-nous pas.

Supposons donc, pour le moment, la nature spasmodique de la contracture démontrée ; il s'agit maintenant de prouver en plus qu'elle est hystérique.

C'est à cet instant qu'intervient la recherche des stigmates.

Ces stigmates ont été classés par le docteur Berbez (thèse, 1887) de la manière suivante :

- 1° Symptômes sensitifs ;
- 2° Symptômes moteurs ;
- 3° Symptômes psychiques.

Les symptômes sensitifs sont de beaucoup les plus importants. Ensuite viennent les symptômes moteurs, puis les psychiques.

Parmi ces derniers, à côté de troubles mentaux con-

sistant en humeur bizarre, en goûts dépravés, etc..., l'auteur range le mutisme et les aboiements hystériques ; symptômes rares, mais qui, en raison même de leur rareté, méritent une mention spéciale.

A. — TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ. (*Stigmata sensitifs*)

Sur 100 malades, 50 hommes, 50 femmes, 93 ont présenté les symptômes suivants que nous avons classés suivant leur fréquence :

|                                                    |    |
|----------------------------------------------------|----|
| Rétrécissement du champ visuel,                    | 70 |
| Anesthésie du pharynx,                             | 55 |
| Hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle<br>complète, | 38 |
| Points hystérogènes trouvés                        | 35 |
| Hyperesthésies générales ou partielles,            | 23 |
| Anesthésie irrégulièrement disséminée,             | 20 |
| Anesthésie de tout le corps à tous les<br>modes,   | 10 |
| Scotome scintillant comme début de<br>l'attaque,   | 2  |

B. — *Stigmata moteurs*

|           |    |
|-----------|----|
| Attaques, | 73 |
|-----------|----|

divisées en

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| Classiques, régulières,        | 39 |
| (Hystéria Minor) irrégulières, | 34 |
| Diathèse de contracture,       | 43 |
| — — type léthargique,          | 43 |
| — — type somnambulique mixte,  | 5  |

|                        |    |
|------------------------|----|
| Tremblement hystérique | 7  |
| Paralysie,             | 34 |

décomposables en

|                                          |    |
|------------------------------------------|----|
| Paraplégies,                             | 9  |
| Monoplégies,                             | 10 |
| Paralysies irrégulières ou segmentaires, | 6  |
| Paralysies hystéro traumatiques          | 13 |
| Contractures hystéro-traumatiques,       | 8  |

C'est dans cette liste de symptômes, qu'on pourra trouver les preuves en faveur de l'origine hystérique de la contracture.

D'ailleurs, l'examen local pourra venir lui-même en aide au diagnostic. En effet s'il existe entre les contractures hystériques et les contractures organiques de nombreux points communs en raison de leur caractère spasmodique commun, il existe aussi de nombreuses différences :

1° Dans la contracture organique ou par lésion cérébro spinale le phénomène est moins intense que dans l'hystérie, la contracture est diminuée pendant le sommeil et cette atténuation persiste quelque temps après le réveil, tous faits qui ne se trouvent pas d'habitude dans la contracture hystérique.

2° La sensibilité n'est jamais totalement perdue, contrairement à ce qu'on observe dans l'hystérie; de plus la répartition de l'anesthésie n'est pas du tout la même; on n'observe pas ces anesthésies en forme de manchette pour le membre supérieur, en forme de gigot pour

le membre inférieur, anesthésies sur lesquelles le professeur Charcot à maintes fois insisté.

3° Enfin dans les contractures organiques, il y a des symptômes spéciaux et variés en rapport avec la localisation de ces lésions.

Mais les maladies cérébro-spinales ne sont pas les seuls états pathologiques dans lesquels on rencontre la contracture. Poursuivons donc notre examen.

On ne saurait confondre les contractures hystériques avec des contractures dues à une myosite. Il s'agit en effet ici d'une lésion assez localisée et qui présente une allure franchement inflammatoire.

On a signalé aussi certaines rigidités musculaires observées par suite de l'application de bandages trop serrés et que l'on pourrait rapprocher de la rigidité qu'on a vue survenir à la suite de la ligature de l'artère principale d'un membre (Volkman). Ces faits sont d'ailleurs extrêmement rares, mais de plus sans des états musculaires particuliers la réaction électrique est très-modifiée ; la chloroformisation ne fait pas disparaître la rigidité.

Enfin pour ce qui concerne la raideur des muscles qui avoisinent les articulations malades, dans les tumeurs blanches, dans les entorses et d'une façon plus générale dans les arthrites diverses, cette raideur ou cette contracture est accompagnée de douleurs, ce qui éloigne l'idée d'une affection purement nerveuse. Toutefois il faut bien savoir que quand la contracture se complique d'arthralgie, il existe aussi de la douleur ; mais cette

douleur ne se limite pas à l'articulation elle s'étend à toute la peau qui recouvre la région. Enfin la chloroformisation permettrait de reconnaître qu'il n'existe aucune lésion anatomique du côté de l'articulation.

---

## TRAITEMENT

Une remarque très importante à faire tout d'abord est la suivante : s'abstenir en thèse générale de manœuvres de force, de redressement avec ou sans chloroforme dans les cas de contractures douloureuses ; ces manœuvres en effet sont de nature à rendre cette contracture plus intense.

Le traitement médical comprend : le traitement général et le traitement local.

### *Traitement général :*

Charcot conseille des douches de 20 à 30 secondes données en jets brisés en évitant la tête ; de plus 2 ou 3 fois par semaine des séances d'électricité statique de 15 à 20 minutes de durée.

### *Traitement local :*

On peut conseiller le massage. Celui-ci pratiqué surtout par M. Gautier dans le service de Charcot a donné des résultats très-curieux et fort importants. C'est ainsi que dans les cas où la paralysie sensitive persiste seule dans un bras on peut par le massage des deux bras rendre le bras sain anesthésique à son tour par un phénomène de transfert, tandis que la sensibilité revient sur le bras primitivement atteint. Ces phénomènes de

transfert s'opèrent avec une très grande rapidité ; on peut les obtenir jusqu'à 10 fois par minute et en fin de compte on peut voir la sensibilité revenir sur toutes les parties du corps. Lorsqu'il s'agit de contractures récentes le massage a de grandes chances de réussir.

Les aimants sont également des agents de transfert soit d'une moitié du corps à l'autre, soit d'un individu à un autre individu. Ce transfert que M. Babinski a étudié d'une manière tout à fait particulière constitue une véritable méthode de traitement. Babinski a pu faire disparaître non seulement des accidents hystériques provoqués et des mutismes, mais encore des manifestations spontanées et invétérées.

Enfin le traitement par suggestion ou traitement moral devra être employé car on sait que chez les hypnotiques une suggestion peut défaire ce qu'une autre a fait et de même chez les hystéro-traumatiques une suggestion imposée par le médecin peut faire cesser les accidents déterminées par l'auto-suggestion.

#### *Traitement chirurgical :*

Enfin quand la contracture s'est compliquée de la production de tissus fibreux, de brides qui mettent obstacle au redressement, et par suite à la guérison, il faut avoir recours à la section de ces brides, à la tenotomie.

Mais il faut bien s'assurer, avant de pratiquer cette opération, que le sujet n'est plus en diathèse de contracture, car, dans ce dernier cas, toute opération chirurgicale doit être repoussée. Nous ne terminerons pas ce qui a trait au traitement sans parler de l'emploi de l'extension continue dans les contractures non douloureuses.

ses de la hanche. Cette nouvelle méthode de traitement employée dans un cas de ce genre, pour la première fois par M. le professeur Lannelongue, a donné à cet éminent chirurgien, des résultats extrêmement encourageants.

#### OBSERVATION I

*(Service de M. le Professeur Lannelongue)*

*Arthralgie traumatique du cou-de-pied. — Guérison par suggestion.*

Coutclau Alexandre, âgé de 11 ans. Entré le 4 janvier 1886, salle Denonvilliers, lit N° 33.

Aucun antécédent nerveux héréditaire; la mère est morte en couches à la suite d'un accouchement prématuré; le père est bien portant.

Pas d'antécédents nerveux personnels.

C'est le 20 décembre 1885 qu'est survenu l'accident, quinze jours avant son entrée à l'hôpital. Il fut renversé par un fiacre qui lui passa sur les deux jambes et dont les roues paraissent avoir porté surtout, selon son dire, sur la partie externe de la jambe un peu au-dessus de la partie moyenne.

Cinq ou six jours après l'accident, toute la partie interne fut le siège d'une vaste ecchymose; la jambe gauche semble avoir été à peu près intacte.

Immédiatement après l'accident l'enfant a pu se relever et faire quelques pas puis il tomba à la renverse. A ce moment là la douleur était très vive. Au bout de quelques jours elle avait disparu à la jambe mais en revanche elle s'était transportée au cou-de-pied.

Pendant que cette douleur spontanée siégeait dans cette région; celle se montrait plus vive encore quand le malade venait à faire quelques quelques mouvements du pied. Interrogé sur le point précis de la douleur, l'enfant montra la région tibio-tarsienne antérieure.

Sept ou huit jours après l'accident le pied commença à dévier en dedans. Cette déviation s'est faite petit à petit, progressivement, sans être accompagnée de douleur. C'est dans ces conditions que le malade entre à l'hôpital.

Nous constatons que la jambe gauche ne porte les traces d'aucune lésion.

Le pied droit est dévié en dedans dans l'attitude du varus. La plante du pied présente une courbure exagérée; toutefois nous voyons de suite que le pied sain présente également une courbure plantaire excessive et qu'il a par conséquent la conformation du pied creux.

Du côté de la jambe rien à noter. Pas de traces de violences sauf à la partie interne où existe une légère coloration bleuâtre qui peut être rapportée à l'ecchymose initiale. Pas d'atrophie musculaire bien appréciable; néanmoins il est manifeste que les muscles de la jambe malade sont plus flasques que ceux du côté sain. L'examen se concentre donc sur le pied et la région du cou-de-pied.

Le pied est bien dévié en dedans; mais cette déviation est tout-à-fait différente de celle qu'on observe dans le pied bot congénital où il existe une rotation externe du pied telle que le bord externe repose sur le plan du lit ou sert de base de sustentation quand les sujets sont debout.

Ici ce qui domine dans l'attitude c'est l'adduction très forte pouvant être évalué par un angle obtus de 135° degrés qui fait l'axe pied avec celui de la jambe. En même temps que cette adduction existe un mouvement de rotation en dedans tel que le pied tend à reposer sur son bord interne, au niveau de la tête du premier métatarsien.

Cette déviation est réductible assez facilement, mais cette réduction, en se produisant, détermine une douleur marquée au niveau de l'articulation tibio-tarsienne et en même temps on remarque que les tendons du jambier postérieur et surtout du jambier antérieur sont extrêmement tendus, contracturés.

L'exploration elle-même de la peau qui recouvre l'articulation tibio-tarsienne montre qu'il existe là un état évident d'hypéresthésie.

*Exploration des muscles.* Le jambier antérieur et l'extenseur communs examinés soit par le choc du doigt soit par l'électricité se montrent absolument sains et réagissent comme ceux du côté opposé. Il en est de même du long péronier latéral. Le 15 janvier on électrise à nouveau les muscles antéro-externes de la jambe, on les excite par le choc digital et pour la première fois l'enfant arrive de lui-même à redresser le pied dévié.

Cinq ou six jours après on laissait marcher l'enfant; mais la marche était encore douloureuse et de plus le pied était dévié en varus équin. Et cependant la pression sur l'articulation ne réveille pas de douleur; il semble donc que l'arthrite n'est pas la cause de l'état de contracture. On est amené à penser qu'il s'agit d'une arthralgie traumatique et l'on force l'enfant à marcher en lui disant qu'il est guéri et qu'il doit marcher sans difficulté.

L'expérience réussit à merveille. L'enfant marche beaucoup mieux, pose le pied à plat et de ce jour la guérison est obtenue.

#### OBSERVATION II

*Service de M. Lannelongue*

La nommée Georgette Pélichon, âgée de 10 ans  $1/2$ , est entrée le 9 février 1886 Salle Giraldès, service de M. Lannelongue.

Les parents de l'enfant sont vivants et en bonne santé. Nous

avons vu la mère : le père est bûcheron, un peu alcoolique peut-être. La malade a trois frères et trois sœurs tous bien portants. Elle a perdu un frère de l'âge de 11 ans d'une affection que nous ne pouvons préciser.

Elle est d'une assez bonne santé habituelle, elle a toujours habité la campagne (la Creuse), et n'est à Paris que depuis peu. C'est une enfant assez peu développée physiquement, d'aspect un peu chétif. Elle paraît assez peu intelligente et souvent absorbée, ses réponses sont vagues. Elle est fort nerveuse nous dit la mère, impressionnable; elle a le rire et les pleurs faciles et poussés à l'exagération, cependant elle n'a ni convulsions ni pertes de connaissance, ni attaques de nerfs, dans son histoire aucune maladie grave à noter.

Elle a eu au pays des fièvres intermittentes et récemment (il y a un mois) elle aurait eu une affection fébrile qui paraît bien n'avoir été qu'un retour des fièvres paludéennes.

Il y a 4 mois à peu près elle a fait une chute d'une fenêtre assez élevée : son coude a porté à terre, elle a souffert dans le bras pendant quelques jours; mais tout était rentré dans l'ordre 15 jours avant le début de l'affection actuelle.

Voilà trois mois que l'enfant se plaint de l'épaule et du bras. Au début quand elle avait écrit pendant quelques temps, dit-elle, elle sentait le bras et l'épaule se raidir jusqu'à l'obliger de cesser d'écrire. Cet accident se reproduisit à intervalles irréguliers, puis presque chaque jour sans être jamais compliqué d'aucune douleur.

Depuis 6 semaines la raideur de l'épaule et du bras est devenue permanente et fixe le membre supérieur dans une attitude vicieuse, spéciale, constante.

*L'épaule du côté droit* est bien plus élevée que la gauche et absolument fixe dans cette situation.

*Le bras droit* pend le long du tronc contre lequel il appuie par toute sa face interne, il est aussi dans une très légère rotation en dehors.

*L'avant-bras* est fléchi à angle droit sur le bras par l'intermé-

diaire du biceps et la supination qui en résulte semble augmenter encore cette apparence de rotation externe.

Le bras est tellement fixé dans cette attitude qu'il oppose une résistance absolue quand on veut le décoller et l'écartier du tronc. La résistance augmente avec la traction faite pour la vaincre, et si on tire sur le bras, tout le corps de l'enfant suit. L'abduction, l'élévation du bras, les mouvements de rotation en dedans et en dehors sont impossibles. Il y a donc une fixation absolue de l'humérus sur l'omoplate. Si l'enfant peut encore augmenter l'adduction et porter son coude jusque vers la ligne médiane du tronc, c'est par un mouvement de l'omoplate en totalité et non par un mouvement scapulo-huméral.

Les 3 os de l'épaule, humérus, omoplate et clavicule sont en effet fixés l'un à l'autre et forment une masse unique comme soudée, absolument immobile. Cette fixité est produite surtout par l'état de contracture combinée du deltoïde, du biceps et du grand pectoral. De là résulte que les muscles rotateurs proprement dits de l'épaule également contracturés, mais trouvant un point fixe sur l'humérus immobilisé agissent sur l'omoplate qu'ils déplacent.

L'omoplate est élevée en masse, son angle supérieur et interne dépasse le sommet de l'épaule et se voit quand on regarde l'enfant de face : en même temps on voit que l'extrémité externe de la clavicule est remontée aussi et que l'obliquité en bas et en dedans de cet os est fort exagérée. La tête humérale elle-même semble un peu plus haute et plus saillante que du côté opposé.

Le bord spinal de l'omoplate est fortement attiré en arrière et en dehors dans toute son étendue, il est saillant sous la peau comme le bord supérieur, complètement détaché du thorax doit une distance d'un pouce au moins le sépare. Cet aspect rappelle le scapulum alatum ou la paralysie franche du grand dentelé.

Les deux angles supérieur et inférieur du bord spinal sont d'ailleurs sur une même ligne verticale, il n'y a donc pas de mouvement de bascule de l'omoplate.

Si on recherche les muscles contracturés on sent d'abord le

grand pectoral tendu comme une corde rigide entre le tronc et l'humérus. Le biceps, le deltoïde sont aussi durs et contractés. Dans les fosses sus et sous épineuses on sent aussi les muscles tendus et rigides, il en est probablement de même du sous-scapulaire. Enfin dans le creux sus-claviculaire à sa partie postérieure on trouve une corde saillante qui paraît être l'angulaire de l'omoplate contracturé.

Le contact, la pression légère sur les muscles augmente encore le degré de la contracture, il y a donc là une réelle hypéresthésie musculaire.

On trouve d'ailleurs des points d'hypéresthésie cutanée très marqués sur la moitié droite du thorax en avant et latéralement dans les régions mammaires et axillaires, même à l'abdomen et aussi dans le dos.

Il y a aussi une hypéresthésie très vive sur la crête épinière cervicale d'ailleurs parfaitement saine.

La force musculaire paraît notablement diminuée dans le membre supérieur droit.

Pas de troubles de la motilité ni de la sensibilité sur le reste du corps.

On note seulement qu'au début de l'expiration il se fait brusquement une dépression profonde de la région épigastrique avec un resserrement manifeste rapide comme spasmodique de la base du thorax.

Cette contracture des muscles de l'épaule n'est pas absolument permanente; à plusieurs reprises nous l'avons trouvée le soir atténuée ou même complètement disparue. Elle augmente manifestement d'intensité quand on a examiné un peu longuement l'enfant.

On peut d'ailleurs la faire disparaître momentanément quand on arrive par un effort modéré mais soutenu à écarter le bras du tronc, on sent la contracture du grand pectoral céder tout à-coup: en même temps les autres muscles redeviennent flasques, l'épaule s'abaisse, la difformité disparaît et les mouvements de rotation de l'humérus sont possibles. Après un instant le bras aban-

donné à lui-même se replace contre le tronc et en même temps l'attitude vicieuse de l'omoplate et la raideur de tout le moignon reparaissent.

L'enfant est soumise au traitement suivant :

Bromure de potassium, 2 gr.

Alternativement chaque jour bain et douche.

*Le 24 février* l'enfant est examinée de nouveau :

On note quelque différence dans l'attitude. Le bras n'est plus dans la rotation en dehors, mais dans une légère rotation en-dehors.

Il semble en outre que quelques faisceaux du trapèze supérieur soient un peu contractés. On ne sent pas nettement la saillie de l'angulaire.

En somme malgré ces différences d'ailleurs minimes l'attitude du moignon de l'épaule reste la même d'une façon générale.

Un fait frappe aujourd'hui particulièrement : l'élévation de tout le moignon de l'épaule notée précédemment est plus apparente que réelle ; elle paraît résulter surtout de la contraction du grand pectoral appliquant très fortement la tête de l'humérus contre la cavité glénoïde, repoussant l'omoplate et relevant ainsi en la faisant saillir l'extrémité externe de la clavicule.

*Le 25 février* anesthésie chloroformique, les contractures disparaissent complètement, l'attitude vicieuse aussi et on peut, en examinant l'articulation, se rendre compte de son intégrité parfaite, de l'état normal de l'extrémité humérale et de l'articulation acromio-claviculaire.

Quelque temps après cet examen on s'aperçut que l'excitation de certains points suffisait pour produire la cessation immédiate de la contracture et rétablir la fonction de l'épaule.

En effet en pratiquant avec l'extrémité des doigts une friction rapide au niveau de la fosse sus-épineuse, presque instantanément on voyait le moignon de l'épaule s'abaisser et l'enfant pouvait faire exécuter à l'articulation scapulo-humérale tous les mouvements qui lui étaient commandés.

Si pendant l'expérience on interrompait la friction, immédiate-

ment le bras était ramené contre la paroi thoracique comme par un ressort et ce retour brusque de la contracture paraissait s'accompagner d'une certaine douleur. En employant un courant induit au lieu de pratiquer l'excitation avec la main on obtenait le même résultat.

Pendant plusieurs jours l'expérience fut renouvelée, toujours elle fut suivie du même effet mais sans modifier en rien la contracture. M. Lannelongue promet alors à l'enfant de lui donner ce qu'elle désirerait si elle guérissait; aussitôt le regard de l'enfant s'allume; elle s'interroge un instant puis répond: vous me donnerez une robe ?

Le lendemain l'épaule était encore contracturée mais la physionomie de l'enfant exprimait son désir de posséder la robe promise. Le surlendemain à la visite du matin la contracture avait disparu et ne s'est plus reproduite.

### OBSERVATION III

*Contracture hystéro-traumatique du psoas sans arthralgie.*

*Guérison*

Le jeune X..., âgé de 14 ans, est le fils de riches négociants habitant Paris. Vers l'âge de sept ou huit ans, il a eu la rougeole et la scarlatine. Pendant son enfance, il était très colère, très impressionnable; il avait peur de tout, de la lune en particulier. Au mois de mai 1885, pendant la convalescence d'une angine, affection à laquelle il était sujet, notre jeune garçon eut une vive émotion, et le lendemain apparaissait la danse de St-Guy, on constatait une hémichorée droite très prononcée avec embarras de la langue. Cette affection traitée par le sulfate de strichinine et les

eaux de Kreuznack céda au bout de six mois. Toutefois une certaine faiblesse des jambes a persisté.

Le début de l'affection qui va nous occuper date du milieu de mars 1887, mais ce début a été précédé de circonstances qu'on ne peut pas passer sous silence. Un mois auparavant, du 15 au 20 février, notre malade avait fait une chute sur la tête en patinant ; ce léger accident avait été suivi de céphalalgie pendant huit jours ; mais aucun autre phénomène ne s'était montré. Huit jours après c'est-à-dire à la fin du mois de février, le jeune garçon tomba dans la rue, de sa hauteur sur le genou. Il put se relever, rentrer chez lui et dans la soirée mouter cinq étages à deux reprises ; pendant la nuit, il n'y eut que peu ou pas de douleurs. Le lendemain matin le petit malade ne pouvait plier la jambe et resta huit jours au lit. M. Fournier appelé constatait un léger épanchement dans le genou et un certain degré d'atrophie de la cuisse et de la jambe ; la circonférence de la cuisse au-dessus du genou mesurait un centimètre de moins que du côté sain ; même fait était constaté au mollet. On fit du massage pendant une quinzaine de jours. Au bout de ce temps, l'enfant rentra au collège avec une certaine raideur de la jambe, mais n'ayant encore rien à la hanche ; toutefois la personne qui massait l'enfant avait cru remarquer que la jambe gauche était un peu plus courte que l'autre.

Puis un matin, vers le 15 mars, le jeune garçon s'est réveillé ayant la cuisse fléchie sur le bassin, sans éprouver aucune douleur. Un chirurgien consulté à ce moment pensa qu'il s'agissait d'un phénomène d'ordre nerveux, provoqué peut être par une contrariété. Ramené chez ses parents, il fut vu par le médecin de la famille et par un autre chirurgien qui pensa à une hydarthrose de la hanche et prescrivit un vésicatoire et le séjour dans la gouttière de Bonnet. Le précédent chirurgien fut alors rappelé, endormit l'enfant et dit que sous l'influence de l'anesthésie chloroformique la flexion de la cuisse cessait et que le membre reprenait son attitude normale. Mais au réveil la flexion se reproduisait.

*Traitement.* — Douches sulfureuses chaudes et massage.

Le petit malade prit six douches, puis après une interruption de quinze jours ou trois semaines suivit un traitement rigoureux de douches et de massage, mais tout cela sans résultat; l'atrophie s'accroissait et l'état général devenait mauvais. Dans ces conditions l'enfant était envoyé au bord de la mer, le 1<sup>er</sup> mai et y restait quinze jours.

Sous cette influence, l'appétit revient, l'atrophie cède un peu, l'état général s'améliore à certains moments, l'enfant qui pendant tout ce traitement n'avait pas cessé de marcher, ne boitait presque pas.

Retour à Paris du 15 au 17 mai.

L'amélioration ne se maintient pas. Le 30 mai, un troisième chirurgien est consulté, puis un quatrième; bref je suis appelé le 4 ou 5 juin 1887.

Je constate que la cuisse gauche est fléchie sur le bassin; cette flexion est assez prononcée et peut être évaluée approximativement à 125 ou 130°. L'articulation de la hanche examinée à plusieurs reprises n'est le siège d'aucune douleur, il n'y a pas de ganglions dans l'aîne.

À la racine de la cuisse, le spoas se dessine sous la forme d'un gros cordon dur, résistant et dont la saillie s'accroît encore davantage quand on cherche à ramener le membre dans la rectitude; il est évident que ce muscle est contracturé, j'ajoute qu'il est seul en état de contracture, car les muscles voisins, les adducteurs en particulier, ne présentent aucune dureté anormale. Dans la fosse iliaque interne on perçoit sur le trajet de ce muscle, paraissant dépendre de ce dernier, une tuméfaction allongée dans le sens vertical pouvant avoir quatre ou cinq centimètres dans ce sens et seulement deux ou trois dans le sens transversal; peu mobile dans ce dernier sens.

Le membre inférieur gauche est le siège d'une atrophie musculaire qui toutefois n'est pas très-considérable. La sensibilité y est également diminuée d'une manière manifeste. Sur le membre sain, elle semble aussi moins prononcée qu'à l'état normal.

Le 7 juin, je fais immobiliser l'enfant et le soumets à l'extension continue avec un poids de 2 kilog., appliqué jour et nuit. En 48 heures, le membre a été redressé. Au bout de dix jours on fait un essai de marche; le 20 juin la marche a lieu sans hésitation devant moi. Le 23 juin je permets le départ aux bains de mer en recommandant de continuer l'extension la nuit pendant environ un mois. La guérison s'est confirmée depuis. L'enfant a été revu le 18 décembre; à aucun moment il n'a été menacé d'une rechûte.

---

## DISCUSSION

Nous ferons suivre l'exposé de ces observations de quelques réflexions touchant chacune d'elles, insistant sur les points qui nous ont paru intéressants, glissant rapidement sur les autres.

Prenons d'abord l'observation I.

Elle est relative à un cas d'arthralgie de l'articulation tibio-tarsienne survenue à la suite d'un traumatisme assez sérieux ayant porté sur cette région.

Que remarquons-nous dans cette observation ? Tout d'abord en raison même de la gravité du traumatisme et du retentissement possible de celui-ci du côté de l'articulation tout était fait pour égarer le diagnostic. L'apparition de la contracture elle-même n'était pas un signe d'une valeur absolue en faveur de la nature hystérique de l'affection. N'en voit-on pas se produire dans les arthrites diverses consécutives ou non à des traumatismes ? Aussi le diagnostic ne fut-il pas établi tout d'abord. Plus tard lorsque l'attitude vicieuse fut constituée, le pied ayant pris la forme du pied bot varus équin, lorsque la contracture se fut emparée des deux groupes de muscles

antagonistes fléchisseurs et extenseurs ; qu'enfin toute trace du traumatisme antérieur ayant complètement disparu, la douleur articulaire n'en persistait pas moins, alors l'idée d'une affection hystérique se présenta à l'esprit. Et d'ailleurs s'il subsistait encore quelques doutes est-ce que le mode de guérison n'est pas là pour les dissiper ? On dit à l'enfant de marcher, qu'il est guéri : l'expérience réussit à merveille. Donc c'est bien à une arthralgie hystéro-traumatique que l'on a ici affaire.

L'observation II est relative à une contracture des muscles de l'épaule. Quels sont les points qui sont dignes d'être analysés ?

Le professeur Charcot, dans ses leçons sur le système nerveux résume ainsi le tableau clinique de la maladie telle qu'elle se présente habituellement :

1° Le début de la contracture est immédiat.

2° Celle-ci acquiert très rapidement et presque d'emblée son maximum d'intensité.

3° Elle est permanente au même degré, la nuit comme le jour.

Que voyons-nous au contraire dans notre observation ? Tout d'abord le début est tardif. Ce n'est qu'après de longs mois d'incubation qu'il se manifeste.

De plus le développement de la contracture est progressif ; celle-ci ne se constitue que par poussées successives et ce n'est qu'à travers une série d'étapes que de l'état naissant elle arrive à l'état adulte. Enfin quand d'une manière définitive elle est constituée elle s'offre encore avec de notables anomalies qui contribuent à la faire placer en dehors du type classique. Ainsi pendant la nuit, sous l'in-

fluence du sommeil la contracture s'amende pour disparaître même d'une façon complète et cette guérison passagère survit quelque temps au réveil.

Tous ces faits constituent autant d'exceptions, mais ce n'est pas tout. Quand on cherche à communiquer des mouvements à l'articulation et qu'on arrive à vaincre la résistance des muscles, la contracture cesse tout à coup les muscles reprennent momentanément leur jeu et cet état dure plusieurs minutes. Comment expliquer ce phénomène ? Nous ne trouvons à rapprocher que certaines expériences de M. Brown-Séquart qui est parvenu à produire des phénomènes tout à fait analogues. D'après le savant professeur ces phénomènes seraient dus à une influence inhibitrice. Nous sommes tout disposé à nous rallier à cette opinion tout en réservant au terrain infantile, dans la production de ce phénomène une part que nous ne saurions préciser.

Que voyons-nous encore ? Quand on pratique le massage de certains groupes musculaires, notamment du muscle sus-épineux, la contracture cesse subitement. Mais ne voit-on pas journellement dans le service du professeur Charcot des contractures nées d'excitations mécaniques disparaître subitement sous l'influence de ces mêmes excitations s'exerçant sur les muscles antagonistes. Nous concluons donc, pour ce qui a trait à cette observation, à un de ces cas légers de contracture qui empruntent peut-être leur caractère bénin au terrain infantile sur lequel elles se sont développées.

Dans l'observation III il est question d'une contracture

des muscles de la hanche sans arthralgie avec localisation de la contracture à un seul muscle, le psoas.

Examinons successivement ce double point de vue.

Dans un travail paru en 1887, sur l'hystérotraumatisme, M. Berbez, analysant les diverses attitudes prises par les membres ou les segments de membre, prétend que la contracture des muscles de la hanche isolée de toute arthralgie est un phénomène excessivement rare. Il doute même qu'il se soit jamais produit. Depuis, un grand nombre d'observations ont paru sur ce sujet, mais toutes sont muettes à cet égard et jusqu'à ce jour contracture hystéro traumatique des muscles de la hanche et coxalgie hystérique sont deux termes pour ainsi dire synonymes. Nous croyons en présence du fait qui vient d'être signalé, fait qui a été analysé avec le plus grand soin par M. le professeur Lannelongue, que cette synonymie doit disparaître et que l'arthralgie qui est l'apanage si fréquent de ces contractures, n'en est pas le complément nécessaire.

Arrivons maintenant au second point de vue; il est de beaucoup le plus intéressant, mais aussi, ajoutons, le plus difficile. Dans tous les travaux que nous avons consultés, notamment dans la thèse de M. Bloch sur les contractures, nous trouvons qu'un des caractères fondamentaux des contractures hystériques est de frapper un groupe fonctionnel de muscles par opposition aux contractures organiques qui frappent des unités musculaires isolées. Les opinions sont unanimes à cet égard. Que voyons-nous ici? Nous laissons la parole à M. Lannelongue. « A la racine de la cuisse, le psoas se dessine sous

la forme d'un gros cordon dur, résistant, et dont la saillie s'accroît encore davantage quand on cherche à ramener le membre dans la rectitude ; il est évident que ce muscle est contracturé, j'ajoute qu'il est seul en état de contracture, car les muscles voisins, les adducteurs en particulier, ne présentent aucune dureté anormale. » Que penser de ce fait ? L'auteur a-t-il voulu simplement faire allusion aux muscles antérieurs et internes de la cuisse, sans généraliser sa proposition à tous les autres muscles, c'est une question à laquelle il ne nous est pas permis de répondre, M. Lannelongue devant faire une communication à ce sujet. Toutefois, s'il est vrai que la contracture ait été limitée au muscle psoas seul, ce fait mérite d'être mis bien en lumière, car il constitue un phénomène d'une excessive rareté. Nous devons enfin attirer un instant l'attention sur le traitement qui fut institué. L'extension continue jusqu'à ces dernières années n'avait guère été employée que dans les affections organiques graves de la hanche. Nous la voyons ici appliquée à une affection purement dynamique. Cette généralisation d'une méthode thérapeutique à toutes les affections de la hanche de quelque nature qu'elles soient, constitue une tentative heureuse et que nous nous plaisons à signaler.

---

## CONCLUSIONS

Résumons en quelques mots les observations vraiment dignes d'intérêt que suscite l'examen comparatif que nous venons de faire.

1° Chez l'enfant les manifestations hystéro-traumatiques, pour être moins fréquentes que chez l'adulte, ne sont pas excessivement rares.

2° Ces manifestations peuvent consister en une contracture simple des muscles de la hanche, isolée de tout phénomène arthralgique.

3° Cette contracture, quel que soit le groupe musculaire sur lequel elle agisse, quand elle ne se complique pas d'arthralgie, peut cesser complètement sous l'influence du sommeil; enfin elle peut cesser également, quand on arrive à triompher de la raideur musculaire, soit par l'extension continue, soit par l'excitation de certains muscles.

---

Vu : *le Président de thèse,*

DAMASCHINO

Vu et permis d'imprimer :

*Le vice-recteur de l'Académie de Paris,*

GRÉARD

Vu : *Le Doyen,*

BROUARDEL

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BRODIE. — Leçons sur les affections nerveuses locales, 1873. Trad. française de Douglas Aigre, Paris, 1880.
- BURKHARDT. — Contributions à l'étude de l'hystérie traumatique; revue med. de la Suisse Romande 1886.
- CASAUBON. — L'hystérie chez les jeunes garçons. Th. Paris 1881.
- CHARCOT. — Leçons sur les maladies du système nerveux. 3 vol.
- CHARCOT. — Leçons du mardi à la Salpêtrière. Polyclinique 87-88 et 88-89.
- CHARCOT. — De l'influence des lésions traumatiques sur le développement des phénomènes d'hystérie locale. Prog. med. 3 mai 1878.
- CHARCOT. — A propos de six cas d'hystérie chez l'homme Prog. med. 1885 et Leçons sur les maladies du système nerveux T. 3
- CHARCOT. — Deux nouveaux cas de paralysie hystéro-traumatique chez l'homme. Prog. med. 1887 N<sup>os</sup> 4 et 6.
- CHARCOT. — Sur les paralysies psychiques. Soc. de psych. physiolog. 30 janv. 1888. et Bull. med 1888 N<sup>o</sup> 14.
- CHARCOT. — Arthralgie hystéro-traumatique du genou. Progr. med. 1888 N<sup>o</sup> 4.

- CHARCOT. — Les accidents de chemin de fer. Gaz. des Hop. 6 décembre 1888.
- CLOPATT. — Etude sur l'hystérie infantile. Helsingfors, 1888.
- DEBOVE. — Note sur l'hystérie traumatique et sur sa gravité pronostique. Bull. de la Soc. med. des Hop. 1887, N° 19.
- GOLDSPiegel. — Contribution à l'étude de l'hystérie chez les enfants. Th. Paris 1888.
- GRANET. — Leçon sur l'hystéro-traumatisme, recueillies et publiées par Bourguet. Paris, 1889.
- GEORGES GUINON. — A propos de deux travaux récents sur l'hystéro traumatisme. Prog. med. 1888 N° 44.
- GEORGES GUINON. — L'hystérie dans ses rapports avec la chirurgie Rev. de chirurg. 1888 N° 11.
- LYON (G). — Note sur l'hystérie consécutive aux traumatismes graves. Encéphale. janv. février 1888.
- RENARD (GILBERT). — De la contracture hystéro-traumatique. Th. Paris 1886.
- SKEY. — Hysteria... local or surgical forms of hysteria. London 1867.
- THYSSEN. — Contribution à l'étude de l'hystérie traumatique. Th. Paris 1888.
- BÉRBEZ. — Hystero-traumatisme. Th. Par. 86-87.
- BLOCH. — Des contractures. Th. Par. 87-88.
- PEUGNIEZ. — Hystérie chez les enfants. Th. Par. 1884-85.



